MOACYR G. ROSAS, C. D.

(PRESIDENTE DO CENTRO DE ESTUDOS ODONTOLÓGICOS DO AMAZONAS)

Endoductodônciografia

Palestra proferida no CEOA



Publicação do Centro de Estudos Odontológicos do Amazonas

Reg. protocolo nº 576 (Folha 8 verso) 2º vol.

MOACYR G. ROSAS, C. D.

(PRESIDENTE DO CENTRO DE ESTUDOS ODONTOLÓGICOS DO AMAZONAS)

Endoductodônciografia

Palestra proferida no CEOA



Publicação do Centro de Estudos Odontológicos do Amazonas

Centro de Estudos Odontológicos do Amazonas

Fundado a 18 de Agosto de 1953

Av. 7 de Setembro, 1001—Manaus—Amazonas—Brasil

DIRETORIA

Presidente . . . . . . — Dr. MOACYR GONÇALVES ROSAS

Vice-Presidente . . . . — Dr. PEDRO TELMO BARBA

1.º Secretário . . . . . . — Dr. ANTONIO MELO

2.º Secretário . . . . . — Dr. RIO NEGRO FRANCO

Tesoureiro. . . . . . . — Dr. WILSON VIEIRALVES

Orador . . . . — Dr. RAIMUNDO GOMES

Bibliotecário . . . . . — Dr. ANFREMON MONTEIRO

ENDODUCTODÔNCIOGRAFIA

Em que consiste o método que batizamos de endoductodonciografia?

ARMANDO OSCAR CAVANHA

Neste instante, a condutoterapia atinge as culminâncias dos esforços daqueles que tiveram a vista voltada para o magno problema da odontologia conservadora. No entanto ainda paira uma dúvida no seio da classe médica e no da própria profissão odontológica, quanto aos resultados da eficiência da terapêutica dos condutos radiculares. Embora não sejamos nós autêntico especialista por motivos de velhos raciocínios e por considerarmos também aquele conceito de CARREL, em O homem, êsse desconhecido, anuimos em que "a extrema especialização dos médicos ainda é mais nociva. O ser humano doente foi dividido em pequenas regiões. Cada região tem o seu especialista. Quando êste se consagra, desde o comêço da sua carreira, a uma minúscula parte do corpo, permanece tão ignorante do resto que não é capaz de conhecer bem essa parte. Produz-se fenomeno análogo com os educadores, os padres, os economistas e os sociólogos que, antes de se limitarem inteiramente ao seu domínio particular, não se preocuparam com a aquisição dum conhecimento geral do homem. E quanto mais eminente fôr o especialista, maior será o perigo". Sobra-nos razão, portanto, para nos comportarmos eclèticamente diante de tão relevante problema. Várias vêzes, não

só em lugares distantes dentro do país, como no estrangeiro, temos escutado uma espécie de libelo à classe médica, causado pela sua desconfiança na eficiência da odontologia. E até certo ponto, diga-se a verdade, há razão para tal atitude.

O médico, por exemplo, que enfrenta uma enfermidade de fácil diagnóstico e de não difícil terapêutica, vendo-se na impossibilidade de debelá-la, vale-se dos exames de laboratório. E no caso dêles lhe denunciarem a presença de piócitos, e, então, que recurso lhe resta senão a radiodontografia? E na hipótese desta positivar a presença de focos, surge uma nova conduta de tratamento, que ficará ao critério do odontólogo. Em certo artigo estampado em Oral Hygiene, EDWARD J. RYAN disse que o foco é uma das coisas mais curiosas da odontologia. Pois, como êle próprio adverte, é inexplicável vêr-se bôcas completamente desguarnecidas de dentes, escondendo na gengiva as porções radiculares sem possuirem um só foco. E, em outras, com os dentes restaurados nos superiores cânones da odontotécnica, encontramos um ou mais focos ameaçando tràgicamente a saúde de seus portadores. E, em outras ainda, repletas de focos em pessoas fortes e de saúde incomparável.

Talvez fôssem estas aberrações que dariam motivo ao insigne endocrinologista G. MARANÓN para afirmar: "O foco dentário é um dos focos sépticos latentes mais frequentes, mas cuja importância tem sido evidentemente exagerada por certas escolas, nos últimos anos (G. MARANÓN, Manual de Diagnóstico Etiológico, Espasa — Calpe, A. A., p. 218).

Tornando à nossa interrogação. Que rucurso deve adotar o médico diante de um paciente debilitado pelo longo curso da doença e portador de focos dentários? Mandá-lo ao dentista e abandoná-lo ao critério dêste último, não é, por acaso, deixá-lo ao azar? Sim, porque ficando o doente ao critério do senso clínico do odontólogo, não estará meio abandonado, quando os distúrbios bilógicos afetam vários orgãos. E' aqui que se faz mister a colaboração de ambos. Porque, se o enfermo cair nas mãos de um endodontista, êste, talvez para mostrar a sua perícia, pois não pomos em dúvida a sua conduta científica, não irá prolongar mais ainda os sofri-

mentos do doente, que, muitas vêzes, já esgotado, não poderá suportar uma intervenção prolongada como esta para extinguir os focos intermaxilares ?

Não queremos em absoluto entregar terreno da odontologia à medicina; todavia, além de ambas as ciências, deve estar a vida do doente. Mas, relutar com o médico sem uma verdadeira base científica, apenas por capricho ou com o intuito de exaltar a Odontologia, que se perdoe o gesto, mas isto cifra numa rematada incoerência.

Outro gesto pernicioso, não raro no Brasil, é atestar a presença de focos em chapas obscuras. Temos visto, em nossa clínica, numerosas vêzes, radiografias anguladas de certo modo que não apanham os ápices dos dentes e, todavia, nos diagnósticos, são condenados como portadores de processos infecciosos. E também há médicos que, aproveitando o advento dos antibióticos, resumiram a terapêutica, receitando penicilina e exodontias em massa. E' nesta altura que tanto os odontólogos como os médicos se devem precaver para não colaborarem no descrédito destas bem reputadas ciências.

Outrossim, estampa "Atualidades Odontológicas" (março-abril, 1953) um artigo de DENTAL DIGEST, que, em tôrno do assunto, faz êste palpitante comentário : "Um dos aspectos mais interessantes da recente assembléia da "American Dental Association", realizada em St. Louis, foi o debate sôbre a infecção focal.

"E' lamentável que a discussão não tenha trazido nada de novo a tão importante assunto. Um dos participantes, o Dr. KENETH H. EASLICK, reportou-se às conclusões a que chegara em junho de 1951, no artigo de sua autoria publicado no Jada, no qual superestimou, substancialmente, a infecção focal.

"O dr. JAMES R. CAMERON, cirurgião de mérito, por sua vez declarou que a teoria da infecção focal não deveria ser encarada levianamente, admitindo que os fatos comprovados diàriamente pela clínica nos apontam melhoras notáveis no estado geral de certos pacientes, após a extração de orgãos dentários portadores de fócos. WILIAM E. WELLMAN, da Clínica Mayo acrescentou que, nos últimos anos, diminuiu bastante a importância atribuida à infecção focal, e que as opiniões estão, talvez, se encaminhando de maneira excessiva no sentido da terapêutica conservadora.

"Temos, aí, expresso em termos simples, o ponto de vista de três eminentes homens de ciência, encarando o problema sob três aspectos diferentes. A nossa atenção, porém, é atraída para o fato de que ninguém mencionou o organismo como totalidade biológica.

"Não houve referência ao fato de que a fase bactereológica representa tão sòmente um aspecto do problema. Ninguém levou em consideração as alterações do sistema nervoso que podem provocar transtornos em outras partes do organismo. Tal fato, embora não totalmente aceito por todos, não pode ser posto em dúvida. Os pesquisadores estrangeiros demonstraram que a irritação dos nervos sensitivos pode originar processos distróficos em outras regiões do território orgânico. Esta teoria, formulada por A. D. SPERANSKY, cientista russo, apresenta o seguinte enunciado: "Constatamos que o processo inflamatório dos tecidos lembra-nos os sintomas distróficos observados no sistema nervoso, e, por meio daqueles, o processo inflamatório retorna à periferia sob a fórma de alterações locais diversas.

"No que a teoria interessa ao odontólogo, devemos lembrar que as irritações das zonas sensitivas dos pares cranianos que inervam os tecidos dentários, podem repercutir — sempre sob a forma de mudanças distróficas seletivas — em tecidos distanciados do primitivo ponto de irritação".

A palestra de hoje, não é tanto para contornar o grande problema focal e suas repercussões à distância, mas para chamar a atenção daqueles que não são especialistas em endodontia, ao novo aspecto em que, neste instante, a especialidade nos revela a rêde de conduto radicular. Antes, porém, uma vista retrospectiva em tôda a série de técnicas que procuraram desvendar a intrincada e irregular rêde de conduto radicular.

PREISWERK (1901), em abalizadas pesquisas de sua autoria, afirmou que o conduto radicular não é único, como o dá a entender a primeira vista, mas, uma vez ou outra, uma série de ramificações na altura do terço apical. Demonstrou isto enchendo a cavidade pulpar com o metal Wood e depois destruindo numa solução cáustica todo o tecido dentário; nestes ensáios prosseguiu FISCHER, o qual todavia, ao invés de usar o metal de baixa

fusão, utilizou uma solução concentrada de celuloide e acetona, que era injetada na cavidade pulpar deixada após a maceração do conteúdo da polpa. Em seguida, realizava a descalcificação.

LOOS, por volta de 1909, seccionou, por desgaste, os condutos radiculares, e, assim, realizou o estudo topográfico endodôntico.

ADLOFF, em 1913, aproveitando as sugestões de SPATECHOLTZ, introduz metal fundido nos espaços pulpares, os quais, iluminados, evidenciam a complexa estrutura das cavidades endodônticas.

Com o advento dos ráios de GUILLERMO CONRADO ROENTGEN, FASOLI e ARLOTTA enchem as cavidades dos condutos radiculares com metal Wood e em seguida raiografam-nos. Usam também preencher as cavidades pulpares com gelatina corada e depois embranquecem o dente; desta transparência se orientou quanto aos acidentes da anatômica estrutura pulpar.

Em 1915, MORAL resume tôdas estas técnicas e modifica-as; com tinta nanquim preenche os vãos da cavidade pulpar e tornando transparente os dentes com a técnica de KRAUSE.

HESS, em 1917, depois de macerar os dentes, enchia pacientemente os condutos com vulcanite. Vulcanizava-os. Descalcificava a porção dentária em ácido clorídrico a 50%, a temperatura de 20 a 25 graus centígrados.

E depois das pesquisas de TALBOT, DAVIS, GROVE, CALLAHAM, GRIEVES, BROOMEL, STEIN e BARRET, em 1922, DJERASSI e FEILER impugnam a técnica da maceração e corrosão, alegando que tais procedimentos dão origem a ramificações falsas. "Afirmam que muitas delas devem considerar-se como o resultado da ação corrosiva, produzida durante a maceração, sôbre o substratum orgânico dentário e do cimento, o que dá origem assim a condutos artificiais".

No ano seguinte, 1923, FISCHER e TURKEIN vieram de público dizer que DJERASSI não os compreendera inteiramente e que suas práticas, sem dúvida, se realizaram sem alguns obstáculos.

Conhecendo todos êstes processos, em 1928, OSKAR KELLER usa o método de LENHOSSEK que, pelo menos,

parecia o mais perfeito, visto evitar a temperatura superior de 40 graus, a qual dá origem a fenda nos dentes. E além do mais, receoso que se reproduzissem falsas ramificações, antes de descalcificá-los, injectou gelatina.

E quanto "à significação que BARRET e THOMAS dão a tôdas as ramificações, é a de irrigação accessória aos efeitos da patogênese da polpa. E' de considerar que os condutos recorrentes se estabelecem entre a dentina, e que os secundários e acessórios ocorrem através da dentina e o cimento, enquanto que as ramificações apicais podem estabelecer-se preponderantemente à custa únicamente do cimento".

Quando estivemos no Uruguái, admiramos uma série de ampliações de microfotografias de ápices radiculares seccionados, perpendicular e horizontalmente, a qual nos dava bem uma idéia da complexidade anatômica da polpa.

E, agora mesmo, em Salvador, apreciando os trabalhos notáveis da cátedra de Patologia e Terapêutica aplicadas, sob a inteligente orientação do professor JOSE' DE OLIVEIRA LIMA e de seus cultos assistentes os drs. FERNANDO ABERCEB e JUTORIB LIMA, vimos uma grande série de dentes branqueados pelo método de diafanização, processo ideado por OKUMURA em 1918. Aquela coleção, composta de numerosos exemplares de dentes com os condutos repletos de uma substância iodada, deixa bem visível a complicada ramificação endodôntica, que elucida muitos passos nebulosos, não só do endodontista, como do odontólogo em sua clínica diária.

Além disso, o motivo vital de minha palestra é vos trazer uma comunicação do ilustre colega de Curitiba Dr. ARMANDO OSCAR CAVANHA, do Centro de Estudos Odontológicos do Paraná, em cujos trabalhos calquei a súmula histórica aquí presente. O Dr. CAVANHA teve a inspiração de resolver o dificil problema, mostrando a labirintada topografia do conduto, sem precisar de sacrificar o orgão. Êsse passo de CAVANHA é admirável. Sim, porque, julgando conhecidos casos nossos, depois de lutarmos denodadamente em busca dum forame sem nenhum resultado, a não ser o da extração, esta, em resumo, selando o prognóstico do odontólogo como um fracasso, é decepcionante.

A técnica de CAVANHA a — endoductodônciografia

A. — FINALIDADE

"Com a endoductodônciografia, pretendemos revelar a rêde de conduto radicular e suas ramificações, quando o dente ainda está retido em seu alvéolo ósseo.

"Assim, será de grande valia para a orientação do tratamento conservador dos dentes, pois estaremos frente a um caso de fácil ou de difícil solução.

"Em que consiste o método que batizamos de endoductodônciografia ?

"Consiste em introduzir no conduto radicular e suas ramificações uma substância roentgenopaca e depois obter um roentgenograma.

B. — MATERIAL

"a) — dentes. Inicialmente nos servimos de dentes extraídos e macerados, e posteriormente, de dentes ainda na cavidade bucal, cujos condutos radiculares se apresentavam isentos de substância orgânica.

"b) — Substância roentgenopaca.

Primeiramente fizemos experiências com Nosylan em solução a 35% (ácido N-acético 3,5-bi-iodo-4-piridina dietanolamino ... 0,35 gr. e 1 cc.), sendo que o contraste obtido foi medíocre.

Passamos a seguir ao emprêgo de água distilada esterilizada q. a, para Fotonemal (sulfato de bário Evans) de mistura com Nosylan. O contraste foi sensivelmente melhor, mas, surgiram duas dificuldades : de um lado, a introdução e remoção da solução e, do outro lado, a falta de homogeneização do contraste.

"Posteriormente, usamos a solução anteriormente descrita adicionada de cristais de iodo. A introdução, contraste e homogenei-

zação do contraste foram satisfatórios, porém, a dificuldade maior ao tentar remover a solução do conduto radicular, pois que corava intensamente o dente.

"Havia a necessidade de uma solução que fornecesse alto contraste, fôsse fácil de introduzir no conduto radicular, fácil de remover e não viesse corar a estrutura dentária, pois que o dente deveria permanecer na cavidade bucal.

"Foi então que nos surgiu para experiências o Uroselectan B (derivado da piridina contendo 51,5% de iodo em combinação orgânica). Apresenta esta substância tôdas as qualidades que desejávamos.

C. — MÉTODO

"O nosso método consistiu em introduzir o Uroselectan B, com o auxílio de uma seringa, no conduto radicular de dentes macerados e roentgenografar em seguida. Os resultados foram plenamente satisfatórios.

"Depois de verificar que esta substância não alterava a côr do dente, passamos a experimentar em dentes cujos condutos radiculares haviam sido esvaziados de seu conteúdo orgânico. A remoção do Uroselectan B foi feita com a irrigação abundante do conduto radicular com álcool absoluto".

Temos usado com certo êxito em nossa clínica este método: se ainda não lhe encontramos a perfeição, atribuimos a nossa falta de habilidade de dominar eficientemente a técnica. Sustentamos todavia que é superior à introdução de sondas ou de pensos de prata no conduto. Em tempos, passados, ensaiávamos uma nossa técnica sem grande resultado, introduzindo sulfato de bário. Agora, todavia, fizemos uma pequena variante da técnica do mestre paranaense.

Selamos a cavidade do dente com guta percha, introduzimos a ponta aquecida de um explorador, para

deixar passagem justa a agulha hipodérmica, onde se introduz o líquido do Uroselectan B. Isso feito, retira-se a agulha e passa-se a ponta romba de um ferro aquecido. Em seguida, radiografa-se ou faz-se o cliente dirigir-se a um radiologista.

Concluindo: não perderemos nada em ensaiarmos a nova técnica do odontólogo brasileiro, cujas contribuições para a ciência odontológica já representam valioso patrimônio cultural, que muito deve desvanecer-nos



Comunicado

A disponibilização (gratuita) deste acervo, tem por objetivo preservar a memória e difundir a cultura do Estado do Amazonas e da região Norte. O uso deste documento é apenas para uso privado (pessoal), sendo vetada a sua venda, reprodução ou cópia não autorizada. (Lei de Direitos Autorais – Lei n. 9.610/98.

Lembramos, que este material pertence aos acervos das bibliotecas que compõe a rede de Bibliotecas Públicas do Estado do Amazonas.

Contato

E-mail : acervodigitalsec@gmail.com

Av. Sete de Setembro, 1546 - Centro
69005.141 Manaus - Amazonas - Brasil
Tel.: 55 (92) 3131-2450
www.cultura.am.gov.br

Secretaria de **Cultura**